

Tiefenanalyse zum Performance Management in Schweizer Krankenhäusern auf Basis dreier Fallstudien

Konrad Walser¹, André Meister², Etienne Huber³

Abstract: Ausgehend von einer quantitativen Untersuchung zum Performance Management in Schweizer Krankenhäusern, einschließlich der Teilthemen Planung, Controlling, Reporting sowie IT-Unterstützung ausgehend von der DRG-Einführung, interessierte die Frage, welche Reife die Krankenhäuser in den erwähnten Themenbereichen haben (Stand 2012 September) und welche geplante Reife für den September 2014 vorgesehen war. Die Ergebnisse überraschten auf der einen Seite, zeigten aber auf der anderen Seite auch auf, dass die Krankenhäuser in der Schweiz einen guten Stand und mehrheitlich klare Vorstellungen zur Weiterentwicklung in den genannten Themen haben. Für den vorliegenden Beitrag wurde ausgehend davon und mittels qualitativer Forschung mittels dreier Fallstudien zu unterschiedlich großen Krankenhäusern in der Deutschschweiz die Ausprägung des Performance Managements in die Tiefe gehend untersucht. Aus der früheren quantitativen Studie und deren Ergebnisse konnten diverse Hypothesen abgeleitet werden, die ergänzt wurden durch ein Integrationsmodell für Krankenhäuser, anhand dessen Integrationsrichtungen und Schwerpunkte im Zeitverlauf eruiert werden können. Die Resultate aus dem Vergleich der drei Fallstudien erbrachte folgende Ergebnisse. Im einen großen Krankenhaus erfolgt eine Konzentration auf organisatorische Maßnahmen vor technischer Implementierung. Der Aufbau von technischem Know-how um Performance-Management über Data Warehousing- und Business-Intelligence-Technologie zu unterstützen ist nachgelagert aber im Gange. Das Business-IT-Alignment ist in ebendiesem Krankenhaus nicht perfekt; dafür verstehen sich Medizin und Administration gut und es besteht keinerlei Dissens über die Ausrichtung des Hauses zwischen medizinischer und administrativ-betriebswirtschaftlicher Führung. Das Haus ist sehr gut positioniert was das Performance Management und dessen Wirkung betrifft und hat hohe betriebswirtschaftliche Ansprüche. Im zweiten kleinen Haus hat die DRG-Einführung zu organisatorisch-technischen Veränderungen geführt. Sehr deutlich wird an dieser Fallstudie die intensive Suche nach der Beeinflussung der Fälle (DRG's) und der Professionalisierung der Abrechnung sowie der Optimierung des Managements der DRG's und der dahinterliegenden Cases. Möglicherweise herrscht bezüglich des Performance Managements der Kleinheit des Hauses halber ein Economies-of-Scale-Problem vor. Der Wettbewerb schlägt im Beispiel dieser Fallstudie voll zu. Das größte untersuchte Haus kämpft mit der Spezialisierung, der dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten für Cases, welche die Base-Rates meist überschreiten. Zudem ist dem Haus die Größe hinderlich. Diese lässt die Dichotomie innerhalb der Geschäftsleitung (partiell) sowie der Direktionen/Klinika bezüglich Medizinischer und betriebswirtschaftlich Leitung voll zutage treten. Es ist aber das einzige der untersuchten Krankenhäuser, in dem der CIO zur damaligen Zeit in der GL vertreten war.

Keywords: Performance Management, DRG's, Neue Krankenhausfinanzierung Schweiz, ICT, Data Warehousing, Reporting, Krankenhäuser, Informationsmanagement im Krankenhaus.

¹ Berner Fachhochschule, E-Government-Institut, Brückenstrasse 73, CH-3005 Bern, konrad.walser@bfh.ch

² NOVO Business Consultants, Gutenbergstrasse 50, CH-3011 Bern, andre.meister@novo-bc.ch

³ Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport, Bamako/Mali, etienne.huber@gmail.com

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Krankenhäuser in der Schweiz stehen ausgehend von der DRG-Einführung unter hohem Handlungsdruck ([Af13], [NZZ11], [Og12]). Es herrscht zunehmender Wettbewerb. Die Frage der organisatorischen Positionierung und der Veränderung im Hinblick auf den Wettbewerbsdruck beherrscht alle Häuser in ähnlichem Maße. Ausgehend von Analysen zum Performance Management (PM) in Schweizer Krankenhäusern ([WMH13], [WHMoJ]) kann folgende Kausalkette propagiert werden: Die DRG-Einführung führt neben der neuen Krankenhausfinanzierung als Ursache zur Veränderung hin zu mehr PM und organisatorischen Auswirkungen. Dies hat Auswirkungen auf das System der „Performance Steuerung“ bis hin zur Unterstützung des PMs durch IT-Instrumente. Dabei ist der Zusammenhang zwischen der Veränderung einzelner Instrumente wie Budgetierung, Planung, Controlling sowie IT-Unterstützung besonders zu beachten. Die folgenden Fragen können ausgehend davon gestellt werden: Wie wirkt sich dieser Handlungsdruck in Richtung PM organisatorisch und IT-spezifisch aus (Wettbewerb, Beweglichkeit der Organisation im Hinblick auf Wettbewerb, interne organisatorische Veränderungen, Informationsintegration zum PM, etc.). Welche Auswirkungen hat die Einführung des PMs auf die IT und deren Integration? Die bereits erwähnte quantitative Untersuchung ([WMH13], [WHMoJ]) führte zu den folgenden Resultaten: Mit der Einführung von Wettbewerbsmechanismen (DRG- und Einführung eines neuen Krankenhausfinanzierungssystems) im neuen Krankenversicherungsgesetz [BAG13] wird die betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhausführung zum Schlüsselfaktor für ein Bestehen am Markt. Die deskriptive Auswertung der Daten der quantitativen Studie zeigte, dass die meisten Schweizer Krankenhäuser auf dem richtigen Weg sind, jedoch die strategische Wichtigkeit eines wirksamen PMs vielerorts noch unterschätzt wird. Der IT kommt als Plattform des PMs eine zentrale Rolle zu. Die Krankenhausplanung stellt den eigentlichen Treiber zum Auf- und Ausbau von leistungsfähigen PM-Systemen dar. Erst eine gut entwickelte IT und klare Planwerte lassen ein inhaltlich umfangreiches PM zu. Daneben darf nicht vergessen werden, dass ein funktionierendes PM auch eine organisatorische Komponente beinhaltet. Erst wenn AKV im Hinblick auf die Krankenhaussteuerung bezüglich Betriebswirtschaft, Medizin und Pflege aufeinander abgestimmt sind und harmonisieren, können Krankenhäuser leistungsorientiert geführt werden. Nicht weiter betrachtet wurden in der eigenen quantitativen Untersuchung die folgenden Determinanten für ein erfolgreiches PM: Kultur, Marktdruck, Dichotomie Expertenorganisation (Medizin/Pflege) versus Administration/betriebswirtschaftliche Führung des Krankenhauses sowie das Business-IT-Alignment.

1.2 Zielsetzung

Die folgenden Zielsetzungen werden mit der vorliegenden qualitativen Untersuchung

verfolgt: Ableitung eines Hypothesenmodells aus einem Wirkungsmodell, das ausgehend von den Nachbereitungen zur erwähnten quantitativen Untersuchung ([WHM13], [WHMoJ]) entstand; Umsetzung der Hypothesen in einen Interviewleitfaden; Prüfung der Hypothesen anhand dreier Fallstudien; Konkretisierung von Schlussfolgerungen aus den Fallstudien. Im Besonderen wurde den Aspekten, die in der quantitativen Studie nicht untersucht wurden (vgl. Absatz 1.1), in der qualitativen Studie besondere Bedeutung zugemessen.

1.3 Methodisches Vorgehen

Ausgehend von der Problemstellung und den Zielen interessiert ein tieferer Einblick in Krankenhausinterna zur Eruierung der Zusammenhänge, die zu einem mehr oder weniger erfolgreichen PM führen. Dafür sind Fallstudien klar die bessere Untersuchungsmethode als quantitative Untersuchungen, was zur vorliegenden Untersuchung anhand dreier Fallstudien führte. Ausgehend von den Resultaten der früheren quantitativen Untersuchung erfolgte auch eine Konkretisierung von Hypothesen. Diese konnten wiederum in einem Ursache-Wirkungs-Modell des Krankenhauses verdichtet werden. Daraus erfolgte die Ableitung von Fragen, die im Rahmen der Fallstudien adressiert wurden (Interviewleitfaden im Anhang). Zu den methodischen Aspekten der Fallstudien wurde [Yi09] beigezogen. Überdies wurde zur Steigerung von Validität und Reliabilität durch Triangulation für die vorliegende Studie das folgende Vorgehen gewählt [Yi09]. Die Evidenz ist ausgehend von der quantitativen Umfrage gegeben. Das Thema erscheint relevant. Es wurden explizit drei Fallstudien aus den auf die quantitative Umfrage antwortenden Akut-Krankenhäusern ausgewählt. In einem Fall wurde ein Geschäftsbericht zur Validierung der Aussagen aus dem Interview beigezogen. Überdies wurde (aus Triangulationsgründen) ein (nicht dokumentiertes) Interview mit einem ehemaligen Pharmavertreter für Krankenhäuser gemacht, ausgehend von dem insbesondere Bestätigungen bezüglich der Typologie der Fallstudien von Akut-Krankenhäusern und den Schlussfolgerungen erreicht wurden, d.h. eine Cross-Validierung der Auswertungen. Überdies konnte die Triangulation durch Verifizierungen der Fallstudien durch die Interviewten erweitert werden (ein- bis mehrmaliges Gegenlesen). Die Niederschrift der Interview-Antworten erfolgte möglichst nahe der schriftlichen Interviewdokumentation entlang (ohne Tonbandaufnahmen und entsprechende Transkriptionen). Eine Inhaltsanalyse erschien ausgehend von den Interviewfragen nicht zielführend. Es ging in den Interviews nicht um eine Verifizierung von Einstellungen beispielsweise auf Basis einer Skala, sondern vielmehr um die konkrete Sachverhaltseruierung strategischer, organisatorischer und technischer Art hinsichtlich des „PM-Systems Krankenhaus“. Die Aufnahme der Fallstudien erfolgte durch einen der drei Autoren. Eine weitere Triangulationsmöglichkeit ergab sich danach dadurch, dass die Coautoren die resultierenden Texte verifizierten und hinsichtlich Konsistenz bezüglich Schlussfolgerungen prüften. Ausgehend von den quantitativen Untersuchungen und ausgehend von [Yi09] resultierte ein unter den Autoren abgesprochenes Set an drei Fallstudien (kleines, mittelgroßes, sehr großes Akutkrankenhaus). Akut-Krankenhäuser wurden gewählt, weil diese am direktesten von der Einführung von DRG's und Neuer Krankenhausfinanzie-

rung betroffen sind. Man hätte auch drei gleich große Häuser wählen können, welche sich vom Behandlungsangebot her unterschieden hätten oder auch nicht. Allerdings, dies ist als Limitation anzumerken, kann es sein, dass jedes der gewählten Krankenhäuser für seine Größenkategorie untypisch ist, was möglicherweise einen Einfluss auf die Schlussfolgerungen haben kann. Eine Anonymisierung erfolgte, um mit den Interviewten eine möglichst offene Interviewsituation zu erlangen und damit auch möglichst tiefe Einblicke in die PM-Problematik der entsprechenden Akutkrankenhäuser zu erhalten. Aus Wettbewerbssicht hätten Namensnennungen negative Konsequenzen bezüglich Auskunftsbereitschaft haben können. Die Grundüberlegung für die Auswahl unterschiedlich ausgeprägter Größen von Akut-Krankenhäusern lautete bezüglich der vorliegenden Untersuchung: Untersuchung des Größeneinflusses auf unterschiedliche Ausprägungen des PMs ausgehend von der DRG-Einführung; Untersuchung des Größeneinflusses auf die IT-Integrationsfähigkeit und -Maturität ausgehend von der DRG-Einführung; Untersuchung des Größeneinflusses auf die Fähigkeit, sich organisatorisch den neuen Steuerungsanforderungen anzupassen und die Steuerungsfähigkeit im Krankenhaus ausgehend von der DRG-Einführung in den Griff zu bekommen sowie Leichtigkeit der Ausprägung der organisatorischen Anpassung.

1.4 Ableitung der für die Fallstudienprüfung relevanten Hypothesen

Ausgehend von der Problemstellung und von der Beschreibung und Interpretation der quantitativen Umfrageresultate ([WMH13], [HWMoJ]) werden im Folgenden Hypothesen formuliert und deren Entstehung erläutert. Die Hypothesen dienen als Ausgangspunkte für die Analyse der drei Fallstudien. Damit werden weitergehende und vertiefende Analysen ermöglicht, welche über das für die quantitative Untersuchung genutzte Reifegradmodell im Sinne einer holistischeren PM-Sicht hinausgehen. Das neue Steuerungsparadigma ausgehend von der DRG-Einführung in den deutschschweizerischen Krankenhäusern erforderte organisatorische Veränderungen, die abhängig u.a. von der Ausrichtung und der Größe des Krankenhauses unterschiedlich ausfallen (so die Annahme). Folgende mögliche Fragen resultieren daraus: Welche Bedeutung erhalten betriebswirtschaftliche Steuerungsparadigmen in Krankenhäusern ausgehend von der DRG-Einführung? Wie geht das Krankenhaus aus organisatorischer Sicht damit um, etwa bei der Zusammensetzung der Geschäftsleitung, der Führungsstruktur und der Stärkung betriebswirtschaftlich-administrativer Stellen oder der Unter- oder Überordnung von Betriebswirtschaft, Medizin, Pflege und IT ([DC99], [CCT11])? Dies führt zu Hypothese 1: Wenn in Krankenhäusern ein PM-System aufgebaut werden soll, dann sind dafür primär organisatorische Änderungen und weniger technische Entwicklungen (Implementierungen neuer Informationssysteme) erforderlich. Organisatorische Änderungen sind langwierig, da Verhaltensweisen, Prozesse und Schnittstellen verändert werden müssen [Ch84]. Dafür ist ein strukturiertes Change Management nötig, dem technologische Änderungen im Idealfall nachfolgen. Von zentraler Bedeutung dabei ist, dass einerseits die finanziellen Ressourcen für technische Veränderungen vorhanden sind, dass andererseits ausgehend von der organisatorischen Veränderung die Anforderungen an die zu adaptierende IT präzise aufgenommen werden. Ausgehend davon macht die

Hypothese 2 explizit, dass eine temporale Abhängigkeit zwischen organisatorischer Veränderung und technischer Adaption des Informationssystems Krankenhaus und entsprechenden Informationstechnologien besteht: Wenn für eine neue Planungs- und Steuerungsphilosophie im Krankenhaus organisatorische Änderungen erforderlich sind, dann dauert die dafür erforderliche Organisationsentwicklung länger als die Anpassungen entsprechender Informationssysteme. Eine im Hinblick auf ein integriertes PM erforderliche Veränderung von Informationssystemarchitekturen hat strukturiert, d.h. auf Basis einer Unternehmensarchitektur zu erfolgen und dauert länger als die Integration (oder Einführung einzelner und allenfalls wenig integrierter) Informationssysteme für das PM. Von entscheidender Bedeutung bei der Neuausrichtung von Krankenhäusern ist das Bewusstsein für die Bedeutung des Business-IT-Alignments. Ein entsprechendes Business-IT-Alignment-Bewusstsein ist eher bei reiferen Organisationen vorhanden. Damit ist davon auszugehen, dass, je ausdifferenzierter eine IT (tendenziell eher bei größeren Krankenhäusern) ist, ein umso reiferes Business-IT-Alignment vorhanden ist. Dies führt dazu, dass die zusammenhängende Betrachtung von Organisations- und IT-Entwicklung verstanden und entsprechend gehandelt wird. Dies führt zur Hypothese 3: Wenn in Krankenhäusern entsprechende Organisationsänderungen erforderlich sind, dann ist sich das Krankenhaus darüber nicht bewusst und implementiert/adaptiert der Einfachheit halber eher IT als die Organisation. Die oben gemachten einleitenden Ausführungen zur Hypothese 3 führen zu einer weiteren Hypothese 4: Wenn die Maturität der IT in Schweizer Krankenhäusern relativ gering ist, dann werden eher einfache und wenig automatisierte Lösungen statt State-of-the-Art-Technologien für die Analyse von steuerungsrelevanten Informationen eingesetzt. Dies verunmöglicht adressatengerechte Auswertungen und Informationsbereitstellungen auf Basis von Informationssystemen. Der Primat der Steuerung des Krankenhauses (und dessen IT) ist wesentlich abhängig von der Zusammensetzung und Gewichtung der verschiedenen Fachbereiche in einem Krankenhaus in Relation zueinander über die strategische, taktische und operative Steuerungsebene. Dies führt zur Hypothese 5: Wenn die organisatorische Veränderung der Krankenhausorganisation von einer Expertenorganisation hin zu einer betriebswirtschaftlich geführten Organisation führen soll, dann müssen entweder die Experten zu stärkerem betriebswirtschaftlichem Denken angehalten werden oder aber die betriebswirtschaftlich orientierten Stellen im Krankenhaus müssen bezüglich Führungsfunktionen im Krankenhaus aufgewertet werden. Die Hypothese 6 postuliert einen Zusammenhang zwischen einer mangelnden betriebswirtschaftlichen Reife und einem mangelnden Verständnis für die Zusammenhänge zwischen strukturierter Entwicklung von IT und Organisation. Dies kann zur Illusion führen, dass IT-Änderungen und architektonische Änderungen alleine zur Neuorientierung beitragen können: Wenn die architektonische IT-Adaption im Hinblick auf die organisatorische Krankenhaussteuerungsperspektive im Vordergrund steht, dann stellt sich im Rahmen der Frage nach künftigen Veränderungen – aus einem Nichtbewusstsein bezüglich der Gewichtigkeit und der erforderlichen Dauer organisatorischer Änderungen – eine Selbstüberschätzung bezüglich technischer Veränderungsmöglichkeiten bei den Krankenhäusern ein. Trifft die Hypothese 6 zu, kann im Wesentlichen auch von einem mangelhaften gegenseitigen Verständnis bezüglich Möglichkeiten/Grenzen die durch IT für den

Krankenhausalltag über die Zeit resultieren (Mangelhaftes Business-IT-Alignment). Die Hypothese 7 thematisiert ähnlich wie die Hypothese 1 die Tatsache, dass eine stärker steuernde Krankenhausorganisation das neue DRG-Steuerungsparadigma unterschiedlich implementieren kann. Dies führt zur Hypothese 7: Wenn die Krankenhausorganisation zu einer betriebswirtschaftlich steuernden Organisation werden soll, dann muss die Maturität bezüglich Steuerung/Planung aller Krankenhausbereiche verbessert werden und nicht nur medizinisch oder betriebswirtschaftlich. Die Hypothesen sind in einem Ursache-Wirkungs-Modell wie folgt positionierbar (Abbildung 1).

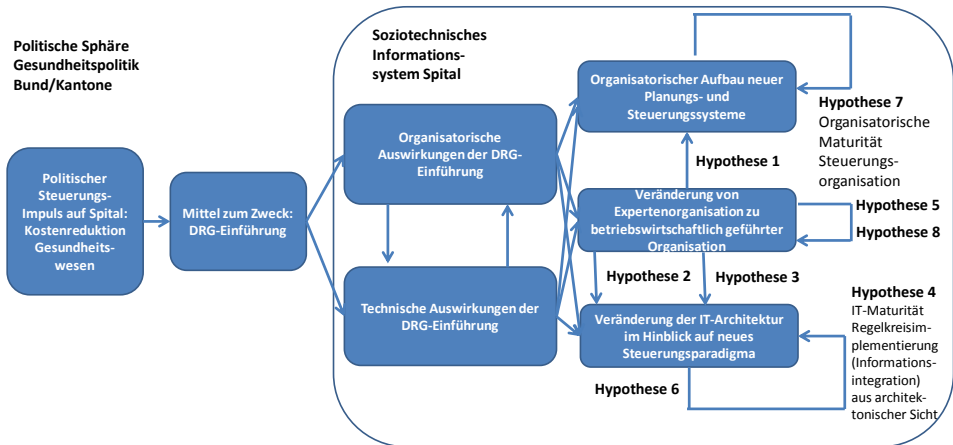


Abbildung 1: Positionierung der Hypothesen im sozio-technischen Informationssystem Krankenhaus.

Dabei wird vereinfachend davon ausgegangen, dass der (externe) politische Druck und Steuerungsimpuls zur verstärkten Kontrolle der Gesundheitskosten in der stationären Behandlung zur Einführung von DRG's und damit zur Änderung des Abrechnungssystems führt. Dies führt im Krankenhaus zu organisatorischen und technischen Anpassungen, welche die Häuser autonom vornehmen. Im Wesentlichen bedeutet Letzteres, dass verstärkt Datenintegrationen von operativen Systemen (KIS-, ERP-, Systeme, etc.) in dispositive Systeme (Data Warehouses, Business-Intelligence) erfolgen ([Me09], [MM09]), damit benutzergerechte Informationsbereitstellungen resultieren. Controller müssen überdies zu „Ermöglicern“ für eine rollenspezifische Auswertung von Daten mutieren. Ausgehend davon sind einerseits organisational neue Planungs- und Steuerungssysteme und -prozesse einzuführen. Dies hat zur Folge, dass sich die Krankenhausleitung über die Geschäftsleitungszusammensetzung Gedanken machen muss. Überdies ist das Business-IT-Alignment zu fördern und zu entwickeln. Dies ermöglicht die Entwicklung der IT-Landschaft in Abhängigkeit von einem Entwicklungspfad der Geschäftsseite in Richtung einer betriebswirtschaftlich steuernden Organisation. Dabei werden Investitionen immer in Abhängigkeit von der Reife der Geschäftsseite bezüglich Planung, Budgetierung und PM getätigt.

2 Fallstudien

Die Interviews fanden mit je einer Person dreier Akut-Krankenhäuser der Schweiz statt. Ein tabellarischer Vergleich mit Fakten zu den Häusern lautet wie folgt.

	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C
Größe	Klein	Groß	Sehr groß
Örtlichkeit	Land (Agglomerations-Gebiet)	Mittelgroße Stadt	Große Stadt
Wettbewerb	Sehr intensiv	Eher weniger intensiv	In Spezialisierungs-Bereichen sehr intensiv
Fallarten	Einfachere Fälle	Komplexere und weniger komplexe Fälle	Vorwiegend komplexe Fälle
Größe der IT	Klein	Mittelgroß	Sehr groß
Interview-Daten	April/Mai 2013	April/Mai 2013	April/Mai 2013
Interviewpartner	Leiter Finanzen	Leiter Krankenhaus-Entwicklung	Leiter Finanzen
Kategorie: Anzahl stationärer Fälle im Jahr 2011	Zwischen 6000 – 8999	Zwischen 9000 und 30000	Größer 30000

Abbildung 2: Eingangsvergleich zu den drei Fallstudien.

2.1 Fallstudie A – Klein-Krankenhaus

Der Interviewte hatte zuletzt 2.8 Stellen an Mitarbeiterkapazität im Finanzbereich. Zu den Finanzen gehörten alle Zusatzbereiche, so etwa auch die Patientenadministration. Insgesamt hat der Bereich 29 Mitarbeiter. Die neue Pflegedienstleitung denkt und führt stark betriebswirtschaftlich. Dies steht zum Teil im Gegensatz zur Belegschaft. Die Ärzteschaft denkt nicht sehr betriebswirtschaftlich. Einer von sechs Chefärzten denkt auch stark betriebswirtschaftlich. Einflussfaktoren für die Veränderungen im Krankenhaus sind – neben der DRG-Einführung – der Wettbewerb. Neu sind auch Privatkrankenhäuser auf der Krankenhausliste. Veränderungen organisatorisch-technisch in den Krankenhäusern haben entsprechend stark zugenommen. Im Einzugsgebiet ist der Wettbewerb insbesondere mit privaten Häusern sehr intensiv. Die wesentliche Veränderung mit der DRG-Einführung war die Umstellung von Teil- auf Vollkostenrechnung. Das Krankenhaus muss nun, um seine Investitionen selber tätigen zu können, Gewinn machen. Vor der neuen Spitalfinanzierung investierten die beteiligten Gemeinden. Die kantonale Planungs- und Regelungsdichte nahm damit stark zu. Die Krankenhausplanung schreibt vor, welche Leistungen in der Grundversorgung angeboten werden. Krankenhäuser dürfen auch Spezialitäten anbieten, die bei der kantonalen Gesundheitsdirektion separat zu beantragen sind. Es werden Vorgaben bezüglich DRG's sowie u.a. auch bezüglich Codierung gemacht. Der Einfluss der DRG-Einführung auf die Organisation war groß. Die große Frage lautete für das Krankenhaus: Wie sind die Pa-

tienten/DRG's steuerbar? Aus Wettbewerbssicht liegt das Krankenhaus im Haupteingangsgebiet eines privaten Krankenhauses. Das Haus hat ausgehend davon zwei Stationen geschlossen und die Bettenzahl reduziert. Die Fallzahlen sinken. Bei einem der privaten Anbieter steigen die Fallzahlen stetig. Die Konkurrenzsituation ist sehr unangenehm. Die Frage ist: Wodurch differenzieren sich Krankenhäuser im Wettbewerb? Hierfür sind eine sehr gute Datenlage und natürlich ein PM von entscheidender Bedeutung. Beim interviewten Krankenhaus herrscht aus ökonomischer Sicht Angst vor. Dagegen hilft nur ökonomisches Denken, das im betrachteten Krankenhaus einen teils schweren Stand hat. Strukturanpassungen sind längerfristig nötig. Der Zwang zur betriebswirtschaftlichen Führung steigt. Die Dichotomie zwischen Medizin und Betriebswirtschaft ist im betrachteten Haus dominant. Die Größe des Krankenhauses hat weniger Einfluss auf die ökonomische Entwicklung als vielmehr die folgende Frage: „Woher kommen die im Krankenhaus arbeitenden Leute, in welcher Art denken sie?“ Die Organisation wurde verändert und es resultierten neue Verantwortlichkeiten. Der Direktor des Krankenhauses ist kein Arzt und investierte stark in die Organisationsentwicklung. Er entwickelte eine Strategie für das Krankenhaus, die jährlich reviewt und angepasst wird. Dies bedeutete auch einen Bedeutungszuwachs für die Finanzen, die neu als Bereich in die Geschäftsleitung aufgenommen wurden. Dies hatte auch für die den Finanzen zugeordnete IT positive Auswirkungen. Zuletzt waren 29 Personen unter dem Interviewten in folgenden Bereichen tätig: Hotellerie, Finanzen, Logistik, Facilities Management sowie Administration. Die IT-Situation präsentierte sich wie folgt: Eines von zwei HIS-/ERP-Systemen wurde eliminiert. Damit trat aus IT-Sicht eine Konsolidierung ein. Neu wurden auch ein DWH-System und ein Reporting-Werkzeug (Cube-basiert) eingeführt. Die DRG-Einführung führte zur Frage: Wie steuert man Fälle (DRG's)? Die Abrechnungsthematik war organisatorisch ein viel dominanteres Thema als technisch. Die Produktivität (Effizienzsteigerung) in der Abrechnung musste gesteigert werden, Abrechnungen schneller und präziser erfolgen, was zu einer schnelleren Verrechnung führte. Die Codierung musste neu organisiert und professionalisiert werden, mit positiven Wirkungen auf Austritts- oder Arztbriefschreibung (Beschleunigung durch Prozessverbess.). Zudem musste die Informationsbereitstellung für die Zuweisenden überdacht werden. Für die Fallsteuerung hatten sich zum Schluss drei Steuerungsformen herauskristallisiert: Individualsteuerung (Cases), Behandlungspfade und retrospektive Steuerung der Cases. Individualsteuerung (Cases): Dies bedeutete, dass vor dem Eintritt bereits gesteuert wird. Präcodieren der DRG's, laufend nachcodieren, Informationen möglichst schnell bereitstellen, Leute für Monitoring einsetzen, etc. Dies war aber deutlich zu aufwendig. Nirgendwo in Deutschland und der Schweiz wurde präcodiert. Behandlungspfade: Wesentliches Thema; wie viel braucht's dafür? Was muss genau beschrieben werden? Hier stellte sich Unhandlichkeit als Hinderungsgrund heraus. Wen interessiert was? Wenn 10 bis 15 Seiten Behandlungspfadbeschreibung folgen, interessiert das Dokument niemanden. Es war schwierig einen praktikablen Mittelweg zu finden. Erforderlich waren sehr einfache Anleitungen, was bei der Verschiedenheit der medizinischen Krankenhausleistungen aber nicht einfach zu bewerkstelligen war. Die Mengensteuerung stand zunehmend im Vordergrund. Es gilt Economies of scales zu realisieren. Dabei entstand ein Problem zwischen Ärzten und Pflege. Die Pflege hat bezüglich Economies of Scale

andere Vorstellungen als Ärzte. Zwei Tendenzen waren zu beobachten: „Miteinander zusammenarbeiten“ versus „Leitung versus Mitarbeiter“. Hinsichtlich Baserates zu den DRG's ist das Krankenhaus gut aufgestellt. Es weist im Schnitt etwa 80 Prozent Kosten für den eingenommenen Preis (baserate) auf. Patienten dürfen damit nicht zu kurz aber auch nicht zu lange liegen. Das führte zu Persionen, sodass etwa ein sehr effizientes (mikroinvasives) Operationsverfahren für Leistenbrüche bezüglich Verweildauer verlängert werden musste, damit keine Kurzlieger oder Nichtlieger resultierten. Dies hätte eine Reduktion der Einnahmen bedeutet. Retrospektive Steuerung: Hier können z.B. Ausreisser-Diskussionen u.a. mit Ärzten zu Fall-Ausreissern erwähnt werden. Das Ziel war ein Lernen für die nächsten Cases. Auch das war nicht einfach. Der Patient darf nicht unter der Layoutlier-(Kurzlieger)Untergrenze aber auch nicht darüber (Langlieger) liegen. Die DRG gibt für den Case an, welches die ideale Verweildauer ist. Vertrackt ist, dass für den Case immer der gleiche Betrag entgolten wird, was dazu führt, dass die Steuerung in Richtung der „blauen Linie“ (tiefere als durch SwissDRG festgelegte Fallkosten) gehen sollte. Im Wesentlich galt es damit die Kostenlinie unter der Baserate-Linie zu halten. Am Lernen ist man bis heute bezüglich des Verhältnisses Kosten versus Baserate. Die Codierung zu verbessern bedeutet, dass eine früher nicht codierte Leistung (z.B. Komplikation) heute codiert wird. Es kann sein, dass für den Case damit mehr Geld resultiert, weil eine neue DRG zuteilbar ist. Austrittsberichte und Arztbriefe mussten auch verbessert werden. Das bedeutete auch Ärzteschulungen, was viel Aufwand bedeutete. Ziel ist es, ausgehend von der Codierungsverbesserung den Umsatz zu erhöhen, andere DRG's einzusetzen, z.B. bei Komplikationen, und damit das Kosten-Ertragsverhältnis zu verbessern. Im Bereich OP erfolgten Verbesserungen basierend auf dem Beizug von externen Benchmarks, auch aus dem Ausland. Es erfolgte eine Analyse im Hinblick auf Strategie, Organisation und Benchmarks. Aus terminlicher Sicht und bezüglich des Einführungsdatums der DRG's ausgehend vom neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde ein integriertes Vorgehen für die organisatorischen Anpassungen und die dazu erforderlichen IT-Anpassungen implementiert. KIS- und ERP-Anbieter waren ja auch bei anderen Krankenhäusern mit der DRG-Implementierung zugange und hatten damit eine Art Vorlauf. Entsprechend wurden Änderungen bezüglich DRG-Einführung einfach nachvollzogen. Mit der organisatorischen Vorbereitung des Krankenhauses im Hinblick auf die DRG-Einführung begann man bereits 2011. Der Arztbrief musste per 1.1.2012 stehen. Das war auch das Stichdatum für die DRG-Einführung. Das ERP-System lief, für die DRG-Einführung per November 2011 schon entsprechend vorbereitet, da dann auch schon die Arztbriefinhalte bekannt waren. Die weitere Reihenfolge der Realisierung lautete wie folgt: 1. Arztbericht; 2. Codierung November 2011 produktiv; 3. Abrechnungsschnittstelle, produktiv per Januar 2012; 4. Grundabrechnung Januar, per Februar 2012 produktiv; 5. Sonstige Datenerfassung – Neue Anforderungen – Zusatzdaten erforderlich – produktiv per Januar 2012; 6. Abrechnung lückenhaft, Behebung Februar / März 2012; 7. Elektronische Datenübermittlung an Krankenkasse ungleich TARMED (tarif médical – ambulant) – Neues XML-Format für stationäre Behandlungen nötig, Rechnung – Codierdaten, etc.; 8. Im April 2012 ging die erste Rechnung raus; 9. Im Mai/Juni 2012 konnten 80% der Normalfallrechnungen elektronisch abgewickelt werden. Viel Zeit verstrich mit organisatorischen Streitigkeiten

und Nachfakturierungen; 10. Spezialfälle stellen bezüglich DRG-Abrechnung noch heute ein Problemfeld dar. Vollständig elektronisch verläuft die Abrechnung auch heute noch nicht. November 2012 blieb dann noch 1 Prozent der Fälle liegen; sehr schwierige Fälle. Die Analytik auf den Daten zu Auswertungen lief ab Juli 2012 auf einer auf Krankenhäuser spezialisierten DWH-Lösung an. Dabei handelt es sich um eine DWH-Lösung mit Cubes/Reporting-Möglichkeit, einschließlich BfS-Daten/-Statistikbereitstellung. Kostenrechnungssimulationen konnten mit dem Werkzeug angeboten werden. Ab Juni/Juli 2012 waren mittels des Werkzeugs die folgenden Resultate/Auswertungen erhältlich: Hitliste zu DRG's, Geschäftsleitungs-Reports, finanz- und leistungswirtschaftliche Auswertungen, Ressourcenauslastungen, Schnitt-Nachtzeiten sowie Entlassungszeiten. Auswertungen und Reports wurden in Zusammenarbeit mit den Ärzten laufend angepasst und stark weiter entwickelt.

2.2 Fallstudie B – Großes Krankenhaus

Im entsprechenden Krankenhaus läuft zurzeit ein Projekt Steuerung oder PM. Im Projekt arbeiten neben dem Interviewten noch zwei Personen. Vor zwei Jahren agierte man hier noch mit großen Excel-Tabellen. Im Wesentlichen geht es um die Entwicklung eines Kennzahlenmanagement(s/-baums), über das (den) gesteuert und geführt werden kann. Die Einführung von Management Cockpits ist ein wesentlicher Teil davon, doch sind solche aktuell nicht verfügbar. Deren Einführung ist abhängig von der Einführung eines neuen HIS- oder ERP-Systems. Das Thema PM ist vielschichtig. Aktuell wird das Finanzreporting eher Rechnungswesen-lastig geführt. Auch ein Arzt ist, um zu führen und zu steuern, auf Kennzahlen angewiesen. Der Treiber für das Projekt Steuerung und PM ist die DRG-Einführung. Dabei stellt sich die Frage, wofür Transparenz geschaffen werden soll. Das Krankenhaus will eine schwarze Null schreiben. Es ist nicht interessiert an Gewinnmaximierung. Allerdings müssen die internen Investitionen durch die Einnahmen finanziert werden können und es darf kein Verlust entstehen. Aktuell ist z.B. ein neuer millionenteurer Neubau geplant. Die Krankenhausleitung hat eine Krankenhaus-Strategie entwickelt, deren Umsetzung aktuell ansteht. Deren Überwachung erfolgt über Messungen in deren Zusammenhang auch immer wieder die Diskussion um die Qualität in der Medizin geführt wird. Das Krankenhaus ist aktuell im Kanton unter den Top-Drei-Häusern positioniert. Ausgehend von dieser Diskussion erläuterte der Interviewte das Thema Baserates in Zusammenhang mit den DRG's. Die Baserate liegt aktuell im Kanton bei CHF 9500 und das Krankenhaus hat im Schnitt Fallkosten in Höhe von etwas unter CHF 8000. Die Differenz ist als Gewinn aus dem Tagesgeschäft zu betrachten und wird u.a. für die erwähnte Gebäude-Investition genutzt. Der Umsatz war im Jahr 2012 ein dreistelliger Mio.-Betrag. Das Kostenbewusstsein ist groß und steht zum Teil „buchstäblich an Türen angeschrieben“, etwa in der Chirurgie. DRG's stellen somit ein Anreizsystem für die Weiterentwicklung des Krankenhauses dar, was zu einem auf Basis eines PM und auf Kennzahlen basierter Führung führt. Organisatorisch ist das Krankenhaus in Departemente und Fachbereiche gegliedert. Über den organisatorischen Wandel konnte die „Kultivierung von Gärtchen“ (bei größeren Häusern fast immer der Fall) eliminiert werden. Heute steht dem Krankenhaus eine paritätisch zusammengesetzte

Geschäftsleitung vor. Darin ist die Dichotomie „Betriebswirtschaftliche Führung“ versus „Medizinische Führung“ kein Thema mehr (fruchtbare Zusammenarbeit). Ins erwähnte Change-Projekt PM, das seit ca. 18 Monaten läuft, wurden somit klar technische und Finanzressourcen miteinbezogen. Es gilt für Systemeinführungen der Primat der Anforderungen. Wenn nötig werden Architekturveränderungen ins Auge gefasst. Es erfolgte im Rahmen des Projektes kein Shift von betriebswirtschaftlicher zu medizinischer Leitung. Im Krankenhaus wird klar ein CEO-Modell gelebt. Der aktuelle CEO ist Ökonom. Dies hat Tradition beim Krankenhaus. Die Geschäftsleitung ist aktuell aus fünf Ärzten (Direktoren Departemente/Chefärzte) und fünf Nichtärzten (einschließlich des Ökonomen, der für das Interview zur Verfügung stand) zusammengesetzt. Die Ärzte verhalten sich immer mehr als Manager. Die Leitung des Krankenhauses versteht sich als Einheit. Die miteinander verbunden zu verstehenden strategischen Ziele der Geschäftsleitung des Krankenhauses lauten auf Wirtschaftlichkeit und Qualität. In Beidem ist das Krankenhaus führend in der Schweiz. Reporting-mäßig wurden früher Mega-Excels kreiert für die Führung. Geplant ist nun ein Management-Cockpit mit roten und grünen Ampeln als Hilfsinstrument zur Führung. Ziel ist es die Kennzahlen stark zu reduzieren. Die Krankenhaus-IT umfasst etwa drei Dutzend IT-Mitarbeiter, was im Verhältnis zu den Beschäftigten des gesamten Krankenhauses (tiefe vierstellige Zahl) relativ klein ist. Die IT hat eine geringe Kapazität und ist sehr stark ausgelastet/überlastet mit dem täglichen Geschäft. Wie erwähnt steht aktuell eine HIS- oder ERP-Einführung an, die mit der Problematik der Business-Intelligence und PM-Thematik verknüpft betrachtet wird. Die BI-Anwendung soll nicht selber entwickelt werden. Jedoch ist dafür Know-how-Aufbau nötig (zusätzliche vier Vollzeitäquivalente für Betrieb und Anwendungspflege). In der Vergangenheit wurde zu viel selber entwickelt.

2.3 Fallstudie C – Sehr großes Krankenhaus

Das sehr große Krankenhaus macht einen sehr hohen Umsatz, u.a. auch mit Einnahmen aus dem Ausland. Es arbeitet eine mittlere vierstellige Zahl an Mitarbeitern im Krankenhaus. Das Management der Finanzen ist als sehr herausfordernd und mächtig zu bezeichnen. Mit betriebswirtschaftlichen Fragen/PM ist das Krankenhaus stark beschäftigt, auch ohne DRG-Einführung. Der Direktor, erstmals eine ökonomisch ausgebildete Person, legt Wert auf stärker betriebswirtschaftliche Führungsmotive: Führen mit Zahlen. Der Interviewte arbeitet seit ca. einem halben Dutzend Jahren im entsprechenden Krankenhaus. Das PM wurde im Krankenhaus bereits seit anfangs Zweitausender-Jahre aufgebaut. Damals operierte man mit Zahlenreihen, z.B. auf Basis medizinischer Daten. Die finanzielle Führung spielte damals keine so große Rolle. Es wurde eher politisch geführt und nicht auf Basis finanzieller Kennzahlen. Das ist heute anders. Ab Anfang der 2000er-Jahre wurde auch ein großes ERP-System eingeführt. Damit begann das Zeitalter des Management Accounting. Eine Kostenarten-, -stellen- und -trägerrechnung wurden eingeführt. Circa nach der Mitte der Nuller-Jahre wurde damit begonnen, Reporting und Analysen zu systematisieren. Zu betonen ist hier, dass das Krankenhaus bei der Menge der Reporting-Adressaten, die zu bedienen sind, nie gewillt war, ein individuelles Reporting zuzulassen. Zentral sind beim Zahlen-orientierten Reporting ausführliche

Kommentarfelder, die dezentral (durch medizinische Abteilungen) oder zentral bei den Finanzen „befüllt“ werden. Dabei setzt man auf ein Kennzahlensystem von ca. 30 bis 35 Stück, was reicht. Ebenfalls werden ca. 30 bis 35 Standardberichte eingesetzt. Unter dessen ist auf Basis eines BI-Tools eine Führungcockpit-Lösung in Entwicklung, die in den folgenden Monaten frei gegeben wird. Die Geschäftsleitung (GL) sagt wohin die Reise geht. Die Arbeit ist nicht immer einfach, weil vielfach stark politisiert. Die Abt. Finanzen baut das Cockpit zu den GL-Vorgaben. Zwischen der Geschäftsleitung/-Direktionen und den Medizinbereichen (Kliniken) besteht eine gewisse Distanz. Dies führt dazu, dass die „Führung der medizinischen Direktionen oder Institute“ hauptsächlich mit den angesprochenen Kennzahlen(rastern) erfolgt. Das Zusammenwachsen der verschiedenen Direktionen/Medizinbereiche erfolgt nur langsam. Für diese positive Entwicklung ist auch der Spardruck ausschlaggebend. Laut Aussagen des Interviewten lernt man (etwa im Bereich PM) viel. Das bestehende DWH-System dient als Grundlage für die Auswertungen. Die Cubes werden durch eine eigens designte Lösung abgelöst. Bei der Usability achtete man besonders auf Management-Tauglichkeit (Miteinbezug einer Designerin in GUI-Entwicklung). Der Cockpit-Bildschirm (browser-basiert, auch mobil nutzbar) unterscheidet in einer Matrix Kennzahlen und Direktionen/Medizinbereiche, innerhalb der mit einfachen farblichen und symbolhaften Ampeldarstellungen dargestellt wird, welche Ausprägung die Kennzahlen haben (grün, rot, etc.). In alle Richtungen sind Drill-downs auf Detaildaten möglich. Aktuell gibt es sogenannte Trimester-Berichte (in Papier). Dreimal jährlich erhalten Geschäftsleitung (Direktionsmitglieder) und Krankenhaus- oder Verwaltungsrat einen „Stapel Papier“, der systematisch von der Gesamtübersicht über Direktionen und Klinikdetails differenziert; immer in sogenannten One-Pagers, mit Kommentarspalten seitens Finanzen oder für die dezentralen Stellen. Von den Trimesterberichten ist unterdessen ca. 80% standardisiert generierbar, der Rest wird manuell gepflegt. Bei den Klinikberichten werden Gegenkommentare dort von der Finanzabteilung eingetragen, wo diese mit den Angaben der Kliniken nicht einverstanden sind. Pro Organisationseinheit wird ein Onepager erstellt. Aus den Trimesterberichten resultieren Beschlüsse. Bei der IT ist die Finanzabteilung ein Anforderungssteller. Die Finanzen haben keine eigene IT, genauso wie alle anderen Abteilungen, Direktionen sowie Kliniken. In der Geschäftsleitung des Krankenhauses sind die Finanzen berücksichtigt, nicht aber HR, was eher unüblich ist. Mitberücksichtigt in der GL ist auch die IT (CIO). Dies führte in den in der Direktion vertretenen Bereichen klar zu besonderen Entwicklungen. Die IT ist laut Aussage des Interviewpartners sehr nahe am Geschäft dran. Manchmal würde man sich aus Geschäftssicht seitens IT etwas mehr Tempo wünschen. In den Bereichen Finanzen, Betrieb und IT ist in der Vergangenheit großer Nachholbedarf vorhanden gewesen, deshalb hat man die GL entsprechend konfiguriert. Das Krankenhaus macht im Hinblick auf das PM rasche Fortschritte. Im Vergleich ist es für die Schweiz ein sehr teures Krankenhaus. Das hängt mit der Zentrumsfunktion, der Vereinigung von Forschung und angewandter Medizin, aber auch mit der Betreuung vieler teurer (Spezial-)Fälle zusammen (DRG-Problematic). Die Methodik der (Cockpit-)Berichterstattung hat sich unterdessen geändert. Es werden in einer Pyramide drei Hierarchieebenen unterschieden. Aus der Pyramide werden „drei Schnitze“ mit unterschiedlichem thematischem Fokus herausgeschnitten: Leistungen/Finanzen, Produkti-

vität/Auslastung sowie Prozesse (in Entwicklung). Das Cockpit-Werkzeug basiert auf drei Bereichen. Es sind Quadratgrafiken mit Positionierungen der eigenen Organisationseinheit in vier Quadranten möglich, wo die Organisationseinheit sehen kann, ob sie sich gegenüber dem vergangenen Zeitabschnitt verbessert oder verschlechtert hat (Positionierung durch unterschiedlich große Kreise). Drei Bereiche können darin unterschieden werden: Dashboard, Topics, Compare Tool (Ranglisten-Bildungen). Letzteres ermöglicht Benchmarks über die verschiedenen Kliniken und Direktionen. Letzteres ist für die Mediziner sehr wichtig. Vergleiche sind etwa über Benchmarks oder auch über Deckungsbeitrag oder Gewinn machbar. Transparenz ist der Primat der Stunde: Daher geht die Philosophie immer mehr in Richtung Cockpits einer Organisationseinheit oder Klinik auch für andere Kliniken einsehbar zu machen. Nicht nur DRG's sind Treiber der Krankenhausentwicklung. Der politische Führungsimpuls ist weniger dominant als zunehmend das unternehmerische Handeln. Zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern besteht keine Differenz mehr mit der neuen Krankenhausfinanzierung und den entsprechenden Gesetzen. Wachstum, Gewinn, Opportunitäten, Markt sind die Treiber. Das Krankenhaus generiert denn auch mit neuen Leistungen immer mehr Dritturnsatz und gute Margen. Gegenwärtig werden etwas weniger als drei Dutzend Mio. CHF Dritturnsatz gemacht. Tendenz steigend. Im Moment geht deshalb eine Gratwanderung ab aus Kostenreduktion und Wachstum. Die DRG-Einführung stellt nichts anderes als die Einführung eines neuen Preissystems dar. Auch das betrachtete Krankenhaus finanziert seine Investitionen selbst. Gewinne wecken politisch Begehrlichkeiten. Krankenkassen (KK) und die Politik fordern dann Einsparungen, respektive Abgaben, was aber nicht sein dürfte, da das Krankenhaus ja wie erwähnt auch seine Investitionen selbst decken muss. Das Zeitalter der schwarzen Null, die früher Pflicht war, ist vorbei. Gewinne kann man daher gegen außen am ehesten dadurch verkaufen, dass man in dem Zusammenhang damit auch gleich Sparprogramme verkauft und kommuniziert. Wichtig sind aus Sicht des Steuerungssystems Krankenhaus die Anreizsysteme, die müssen gut sein. Das Krankenhaus fällt wegen seiner Größe teilweise aus dem Raster der Krankenhausfinanzierung.

3 Tabellarische Hypothesenprüfung

Im Folgenden wird zusammenfassend angezeigt, welche der weiter oben formulierten Hypothesen angenommen werden können und welche abgelehnt werden müssen. Die Auswertung der Hypothesen aus den Fallstudien zeigt klar, dass die Hypothesen 1 und 2 (partiell), 4 (partiell), 5 und 7 vollständig und über alle Krankenhäuser hinweg angenommen werden können. Die Hypothesen 3 und 6 sind abzulehnen. Die Annahmen lassen folgende Schlussfolgerungen zu. Hypothese 1: Organisatorische Maßnahmen stehen für Krankenhäuser klar im Vordergrund für das PM und nicht Technologieimplementierungen. Hypothese 4: Die Maturität der IT in Schweizer Krankenhäusern ist relativ gering. Nur in einem von drei Krankenhäusern sitzt der CIO in der Geschäftsleitung. Die geringe Maturität führt dazu, dass keine sehr sophistizierten Auswertungsmechanismen bereitgestellt respektive eingesetzt werden. Im Wesentlichen werden Repor-

tings für die Steuerung der Krankenhäuser vorgegeben oder ist Ähnliches intendiert. Es werden aktuell Cube-/Reportinglösungen in zwei von den drei befragten Krankenhäusern eingesetzt. Hypothese 5: Wenn die organisatorische Veränderung der Krankenhausorganisation von einer Expertenorganisation hin zu einer betriebswirtschaftlich geführten Organisation führen soll, dann müssen entweder die medizinischen Experten zu stärkerem betriebswirtschaftlichem Denken angehalten werden oder aber die betriebswirtschaftlich orientierten Stellen im Krankenhaus müssen bezüglich Führungsfunktionen im Krankenhaus aufgewertet werden. In zwei von drei Krankenhäusern hat die medizinische Führung Vorrang vor der betriebswirtschaftlichen Führung, was in einem Fall (größtes Krankenhaus) abhängig ist von der betrachteten Hierarchieebene. Im Übrigen trifft die Hypothese wohl für alle Krankenhäuser zu. Im Fall des kleinsten betrachteten Krankenhauses werden klar und explizit nur 10% bis 20% des IT-Budgets in betriebswirtschaftliche Lösungen investiert. Im mittelgroßen Krankenhaus erfolgen die BI- und DWH-relevanten Investitionen erst noch, wenngleich schon Cockpit-Lösungen im Einsatz sind. Bei den meisten Krankenhäusern dominiert damit die medizinische Führung zumeist klar. Die Hypothese 6 ist klar abzulehnen. Eine Selbstüberschätzung tritt in den Fallstudien seitens IT nirgendwo auf. Einerseits weil die IT fast überall chronisch mit dem Tagesgeschäft überlastet ist, andererseits weil zum Teil harmonisch Überarbeitungen bestehender Architekturen (Ersatz und Eliminierung redundanter IT-Systeme, Aufbau oder Weiterentwicklung von DWH-Systemen und BI-Werkzeugen) sich „sanft“ in die DRG-Einführung einbetten. Die Hypothese 7 kann klar angenommen werden. Betriebswirtschaftliches Know-how ist überall erforderlich und die IT muss zusehen, wie sie den Steuerungs- und PM-Impetus bestmöglich unterstützen kann. Weniger explizit wird an der IT-Maturität gearbeitet. Expliziter wird an der betriebswirtschaftlichen Maturität gearbeitet; sei es, dass, wie im kleinsten Krankenhaus, explizit Steuerungsmöglichkeiten fachübergreifend intensiv diskutiert werden, sei es, dass Großprojekte für das PM initiiert werden (mittelgroßes Krankenhaus), sei es, dass wie beim größten Krankenhaus intensive Schulungen und bidirektionale Reporting-Runden resultieren.

Nr. der Hypothese	Kleines Krankenhaus	Großes Krankenhaus	Sehr großes Krankenhaus	Hypothesen-Prüfung
1	+++	+++	+++	Annahme
2	++	+++	+++	Annahme
3	---	---	---	Ablehnung
4	+++	+++	---	Annahme
5	+++	+++	+++	Annahme
6	---	---	---	Ablehnung
7	++	+++	+++	Annahme

Abbildung 3: Tabellarische Hypothesenprüfung.

4 Tabellarische und verbale Schlussfolgerungen zu den Fallstudien

Die folgenden Schlussfolgerungen können in tabellarischer Form zum Fallstudienvergleich gezogen werden (Die relativ große Tabelle 1 zum differenzierten Vergleich der

Fallstudien ist aus Platzgründen im Dokument zu finden, das via Dropbox-Ordner aufgerufen werden kann, dessen URL im Anhang genannt wird.). Unterschiedliche Ausprägungen artikulieren sich ausgehend von der Größe des Krankenhauses. Ursprünglicher Gedanke: Je größer das Krankenhaus, desto expliziter oder stärker ausgeprägt ist die Dichotomie zwischen Betriebswirtschaft und Medizin auch organisatorisch. Dies trifft nicht ganz zu. Im kleinsten Krankenhaus steht die Dichotomie auch im Vordergrund, allerdings wurden im Rahmen der DRG-Einführung doch erhebliche Alignment-Anstrengungen durch die intensive Diskussion von Steuerungsmöglichkeiten unternommen. Im mittelgroßen bis großen Haus hingegen wurde einerseits über ein großes PM-Projekt das Thema sehr direkt adressiert. Zusätzlich arbeitet die Geschäftsleitung konsensorientiert und ohne trennende Dichotomie zwischen medizinischer und betriebswirtschaftlicher Führung. Im größten betrachteten Krankenhaus herrscht nicht nur auf Geschäftsleitungsebene eine teilweise Dichotomie zwischen medizinischer und betriebswirtschaftlicher Führung vor, sondern aufgrund der Größe auch zwischen Geschäftsleitung und den dezentralen klinischen Leitungen. Hier bleibt nichts anderes übrig, als dass sehr stark kennzahlenorientiert geführt wird (Reporting-Orientierung), um eine einheitliche Sicht über die Performance der Gesamtorganisation zu erlangen. Damit können auch Muster im Sinne weiterer Hypothesen formuliert werden. Je kleiner das Krankenhaus, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass die medizinische Leitung klar dominierend ist. Je größer indessen der Wettbewerbsdruck auf das kleine Krankenhaus ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch das medizinische Personal das PM aufnimmt. Dies ist schon rein der langfristigen Überlebensfähigkeit geschuldet. Sehr große Krankenhäuser haben erhebliche Schwierigkeiten eine betriebswirtschaftliche Steuerung klar in den Vordergrund zu stellen, da sehr spezialisierte und ausdifferenzierte medizinische Domänen klar im Vordergrund stehen. Überdies nimmt auch die Komplexität der IT alleine der Größe wegen zu, u.a. wegen des Mixes aus dezentral und zentral geführter IT. Ausgehend von der geringen Maturität der IT (in sehr großen aber auch in kleineren Häusern) nimmt das Problem IT für das PM künftig eine immer dominantere Rolle ein, auch die dafür erforderliche Datenintegration. Für ein flexibles PM in Krankenhäusern spielt die Flexibilität der IT eine zentrale Rolle. Alle Krankenhäuser haben einfache Reporting- und OLAP-Funktionalität integriert. Jedoch kommt noch selten individuelle Self-Service-Auswertung dazu. Im Fall des größten Krankenhauses wurde dies sogar explizit nicht gewählt, weil ansonsten das Management der entsprechenden Applikation aus Sicht der Finanzen als „Applikationseignerin“ zu komplex würde.

Literaturverzeichnis

- [Af13] Affolter, C. (2013): Neue Spitalfinanzierung – Spannungsfeld zwischen Markt und Regulierung. http://www.swissdr.org/assets/pdf/Forum2013/7_SwissDRG_Forum_santesuisse.pdf (Aufruf per 2013-08-07).
- [BAG13] BAG (2013): SwissDRG. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/12987/> (Aufruf per 2015-04-26; erstellt per 2013-07-09).

- [CCT11] Campanale, C.; Cinquini, L.; Tenucci, A. (2011), Do management accounting systems influence organizational change or vice-versa? Evidence from a case of constructive research in the Healthcare Sector, 34 EEA Annual Congress.
- [Ch84] Child, J. (1984): New technology and developments in management organization. In: Omega 12, 3, S. 211-223.
- [DC99] Davidson, E.J.; Chismar, W. (1999): Examining the Organizational Implications of IT Use in Hospital-based Health Care: A Case Study of Computerized Order Entry. http://www.phdmanagement.sssup.it/documenti/awarded/campanale_thesis.pdf (Aufruf per 2013-01-27; erstellt 1999).
- [HF11] Herzog, J.; Funke, C. (2011), Reifegrade im Corporate Performance Management, Zürich: KPMG.
- [Me09] Mertens P. (2009): Integrierte Informationsverarbeitung – 1. Operative Systeme in der Industrie. Gabler, Wiesbaden.
- [MM09] Mertens, P.; Meier, M.C. (2009): Integrierte Informationsverarbeitung – 2. Planungs- und Kontrollsysteme in der Industrie. Gabler, Wiesbaden.
- [NZZ11] NZZ (2011): Kantone, Spitäler und Versicherer in der Pflicht. <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/kantone-spitaeler-und-versicherer-in-der-pflicht-1.13390861>
- [Og12] Oggier, W. (2012): Privatspitäler als Gewinner der neuen Spitalfinanzierung. <https://www.yumpu.com/de/document/view/32583311/download-artikel-swiss-leading-hospitals> (Aufruf per 2015-06-18).
- [WMH13] Walser, K.; Meister, A.; Huber, E. (2013): Performance Management: Die Spitäler haben das Problem erkannt, aber es gibt noch einiges zu tun – SwissDRG stellt hohe Anforderungen. In: clinicum (2013) 2. S. 1-6.
- [WHMoJ] Walser, K.; Huber, E.; Meister, A. (ohne Jahr): Planning, budgeting and performance management at Swiss hospitals – Are Swiss hospitals at a crossroads – will these medical specialist organisations in future develop into institutions with a business orientation?. Erscheint in MIBE (<http://www.egms.de/static/de/journals/mibe/>)
- [Yi09] Yin, R.K. (2009): Case Study Research – Design and Methods, Sage, Los Angeles et al.

Anhang

Die in Kapitel 4 erwähnte Tabelle zum Fallstudienvergleich sowie der Interviewleitfaden können unter dem folgendem Dropbox-Link als PDF-Dokument aufgerufen werden:

https://www.dropbox.com/s/s6nnexjmtf118zc/Dropbox_Auslagerungen_HospPerf_CaseStud%20III%20-%20Kopie.pdf?dl=0